事　　故　　届

提出日　平成　　年　　月　　日

チーム名

氏　　名

電　　話

事故発生月日　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

事故発生時間

事故発生場所

事故状況（内容）

上記事故及び状況について証明致します。

　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

病院名

電　話

※事故状況については、誰が、どのようにした結果、ケガをしたかをできるだけ詳しく

記入してください。　送付先は、下記へお願い致します。

郵便番号　３４４－００６７

　　　　　春日部市中央2丁目２５－２２

　　　　　プラスワン保険会社　折原様